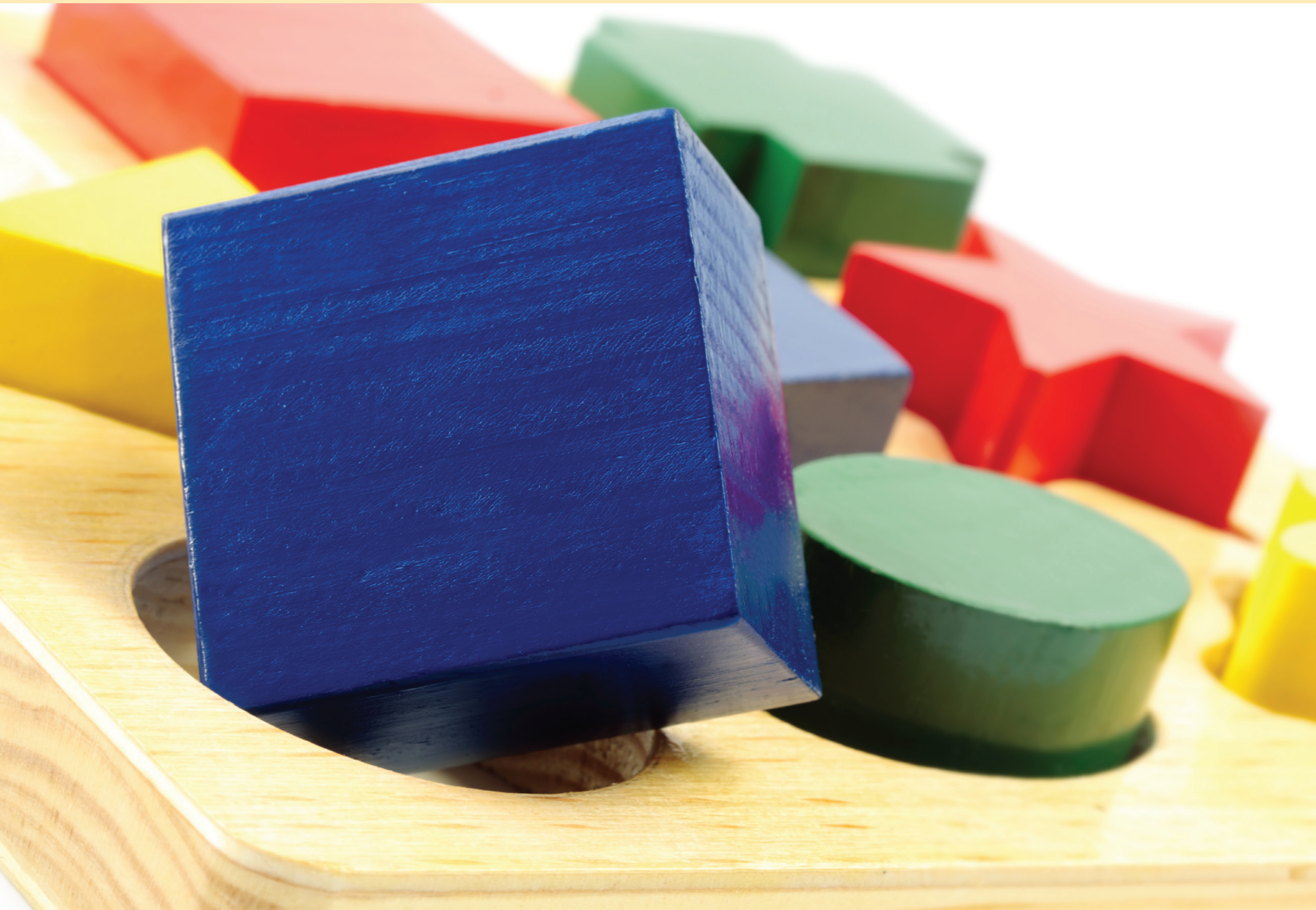
Medscape EDUCATION

Médico de atención primaria, psiquiatra, psicólogo, paciente. ¿La cuadratura del círculo? La disfunción cognitiva en el trastorno depresivo mayor

Esta actividad educativa cuenta con la financiación de una beca educativa independiente de Lundbeck Inc.



http///www.medscape.org/collection/mdd08

http///www.medscape.org/collection/mdd08

Esta actividad formativa va dirigida a un público internacional de profesionales sanitarios de fuera de los EE. UU., en particular a psiquiatras, neurólogos y médicos de atención primaria que tratan a pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM).

El objetivo de esta actividad es tomar conciencia de los enfoques multidisciplinarios relativos al abordaje del TDM y del deterioro cognitivo a través de un debate basado en casos.

Tras completar esta actividad, los participantes serán capaces de:

- Estudiar los retos clínicos del abordaje de la disfunción cognitiva en pacientes con TDM desde el punto de vista del médico de atención primaria y del especialista.
- Identificar las mejores prácticas para el diagnóstico, la remisión y el seguimiento de pacientes con disfunción cognitiva y TDM entre el médico de atención primaria y el especialista.
- Reconocer las diferencias en el abordaje desde el punto de vista de la atención primaria y especialista.

Instructores y declaraciones de conflicto de intereses

WebMD Global exige que todas las personas que tengan control sobre el contenido de una de sus actividades educativas declaren cualquier relación económica relevante que se haya producido en los últimos 12 meses y que pudiera crear un conflicto de intereses.

Moderador:
Roger S. McIntyre, MD, FRCPC
Profesor de Psiquiatría y Farmacología en la Universidad de Toronto; jefe de la Unidad de Trastornos del Estado de Ánimo y Psicofarmacología de la University Health Network de Toronto (Ontario, Canadá)

Declaración de conflicto de intereses: El Dr. Roger S. McIntyre ha declarado las siguientes relaciones económicas relevantes:

Trabajó como asesor o consultor para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Eli Lilly and Company; GlaxoSmithKline; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Organon Pharmaceuticals USA Inc.; Pfizer Inc.; Shire

Actuó como conferenciante o miembro de una agencia de conferenciantes para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Eli Lilly and Company; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Pfizer Inc.

Recibió becas de investigación clínica de: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Eli Lilly and Company; Janssen-Ortho Inc.; Lundbeck, Inc.; Pfizer Inc.; Shire

Expertos

Bernhard T. Baune, MD, PhD, MPH
Profesor y jefe de Psiquiatría; jefe del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina del Royal Adelaide Hospital de la Universidad de Adelaida, Adelaida (Australia Meridional, Australia)

Declaración de conflicto de intereses: el Dr. Bernhard T. Baune ha declarado las siguientes relaciones económicas relevantes:

Trabajó como asesor o consultor para: Lundbeck, Inc.

Actuó como conferenciante o miembro de una agencia de conferenciantes para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Bristol-Myers Squibb Company; Lundbeck, Inc.; Pfizer Inc.; SERVIER; Wyeth Pharmaceuticals Inc.

Recibió becas de investigación clínica de: Consejo Nacional de Investigaciones Sanitarias y Médicas de Australia

Larry Culpepper, MD, MPH
Profesor de Medicina General en la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston y médico del Boston Medical Center de Boston (Massachusetts, Estados Unidos)

Declaración de conflicto de intereses: el Dr. Larry Culpepper ha declarado las siguientes relaciones económicas relevantes:

Trabajó como asesor o consultor para: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; Elsevier Press; Forest Laboratories, Inc.; Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Shire; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.

Posee acciones, opciones de compra de acciones u obligaciones de: M3 (My Mood Monitor)

Recibió regalías de: UpToDate, Oxford University Press. Recibió pagos por trabajar como editor jefe en *Primary Care Companion for CNS Diseases*

Judith Jaeger, PhD, MPA
Profesora de Psiquiatría Clínica y Ciencias de la Conducta en la Facultad de Medicina Albert Einstein de la Universidad Yeshiva de Nueva York (Nueva York, Estados Unidos)

Declaración de conflicto de intereses: la Dra. Judith Jaeger ha declarado las siguientes relaciones económicas relevantes:

Trabajó como asesora o consultora para: Lundbeck, Inc.; Merck & Co., Inc.; Takeda Pharmaceuticals North America, Inc.; Teva Pharmaceutical Industries Ltd.

Trabajó con interés comercial para: CognitionMetrics, LLC

Editora
Leanne Fairley, BJ Hon, directora científica de WebMD Global, LLC
Declaración de conflicto de intereses: Leanne Fairley, BJ Hon, ha declarado que no tiene ninguna relación económica relevante.

Revisor de contenido
Robert Morris, PharmD
Director clínico asociado de CME
Declaración de conflicto de intereses: Robert Morris, PharmD, ha declarado que no tiene ninguna relación económica relevante.



MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, PSIQUIATRA, PSICÓLOGO, PACIENTE. ¿LA CUADRATURA DEL CÍRCULO? LA DISFUNCIÓN COGNITIVA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Moderador:

Roger S. McIntyre, MD, FRCPC
Profesor de Psiquiatría y Farmacología
Universidad de Toronto
Jefe de Trastornos del Estado de Ánimo
Unidad de Psicofarmacología
University Health Network
Toronto, Canadá

Dr. Roger S. McIntyre: Hola. Soy Roger McIntyre, profesor de Psiquiatría y Farmacología de la Universidad de Toronto en Toronto (Ontario, Canadá). Me gustaría darles la bienvenida a este programa titulado "Médico de atención primaria, psiquiatra, psicólogo, paciente. ¿La cuadratura del círculo? La disfunción cognitiva en el trastorno depresivo mayor".



Instructores

Bernhard Baune, MD, PhD, MPH
Profesor y jefe de Psiquiatría
Jefe del Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Royal Adelaide Hospital
Universidad de Adelaida
Adelaida, Australia

Judith Jaeger, PhD, MPA
Profesora de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta
Facultad de Medicina Albert Einstein de la Universidad Yeshiva
Nueva York, EE. UU.

Larry Culpepper, MD, MPH
Profesor de Medicina General
Facultad de Medicina de la Universidad de Boston
Médico
Boston Medical Center
Boston, EE. UU.

El grupo de expertos de hoy está compuesto por dos psiquiatras, un psicólogo y un médico de atención primaria. Me gustaría presentarles primero a Larry Culpepper, profesor de Medicina General en la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston en Boston (Massachusetts, Estados Unidos). Bienvenido.

Dr. Larry Culpepper: Gracias, Roger. Me alegro de estar aquí.

Dr. McIntyre: También quiero darle la bienvenida a Bernhard Baune. El Dr. Baune es profesor y jefe del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina del Royal Adelaide Hospital de la Universidad de Adelaida, en Adelaida (Australia Meridional, Australia). Bienvenido, Dr. Baune.

Dr. Bernhard T. Baune: Gracias por haberme invitado, Roger.

Dr. McIntyre: En tercer lugar, me gustaría presentarles a Judith Jaeger. La Dra. Jaeger es profesora de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta en la Facultad de Medicina Albert Einstein de la Universidad Yeshiva de Nueva York (Nueva York, Estados Unidos). Bienvenida, Judy.

Dra. Judith Jaeger: Gracias, Roger.

Perspectiva general del programa

- Analizar enfoques multidisciplinarios de abordaje del TDM y del deterioro cognitivo a través de tres casos de pacientes

Dr. McIntyre: Como parte de este programa, vamos a debatir los enfoques multidisciplinarios existentes para el abordaje del trastorno depresivo mayor (TDM) y el deterioro cognitivo. Como base para este debate, nos valdremos del estudio de tres casos.

Caso del paciente 1

La Sra. Bremen es una mujer de 30 años, dueña de un restaurante, que refiere insomnio desde hace 3 meses. Ha tenido estrés relacionado con la sostenibilidad de su negocio y está preocupada por:

- La falta de sueño
- La dificultad para concentrase
- Los olvidos
- La dificultad en las tareas de contabilidad
- La irritabilidad

Prof. Culpepper, tengo entendido que quiere hablarnos de un caso en particular.

Dr. Culpepper: Así es. Me gustaría presentarles a la Sra. Bremen. La Sra. Bremen es una mujer de 30 años, dueña de un restaurante, que refiere insomnio desde hace unos 3 meses. Ha tenido mucho estrés, relacionado sobre todo con su negocio. Está muy preocupada porque su negocio se pueda venir abajo. Le cuesta dormir y concentrarse. Se le olvidan las cosas y cada vez le cuestan más las tareas sencillas de contabilidad. También se ha vuelto muy irritable con los que la rodean y está preocupada de que esto pueda acabar con su negocio.

Resultados del PHQ-9: deterioro de la concentración y del sueño

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido incómodo por alguno de los siguientes problemas? (Utilice un "✔" para indicar su respuesta)	**Para nada**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o falta de ganas por hacer cosas	0	1	2	3 ✔
2. Sentimiento de tristeza, depresión o desesperación	0	1	2 ✔	3
3. Dificultad para dormir o para quedarse dormido o facilidad para dormir demasiado	0	1	2	3 ✔
4. Sensación de cansancio o falta de energía	0	1	2	3 ✔
5. Inapetencia o exceso de apetito	0	1	2 ✔	3
6. Sentirse mal con usted mismo o sentir que ha fracasado o se ha decepcionado a usted mismo o a su familia	0	1	2 ✔	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3 ✔
8. Movimiento o habla tan lenta que otras personas han podido notarlo. O por el contrario, una sensación de inquietud o preocupación tan importante que ha provocado mucho más movimiento del habitual	0	1	2	3 ✔
9. Sensación de que estaría mejor muerto o si se autolesionara de algún modo	0 ✔	1	2	3

Puntuación total = 21

Sitio web del cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ)

Le pedí que contestara al Cuestionario sobre la Salud del Paciente de 9 preguntas, que es una escala breve que evalúa las dimensiones de una posible depresión mayor según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. La Sra. Bremen obtuvo una puntuación de 21, lo que refleja una fuerte depresión. En concreto, respondió que le cuesta concentrarse y dormir todos los días. Una de las preguntas explora en qué medida los síntomas deterioran la función. Una de sus respuestas fue "dificultad extrema", que es la respuesta más extrema.

Impresión diagnóstica y evaluación posterior

- Impresión diagnóstica: TDM
- Otras consideraciones: insomnio, inquietudes cognitivas, estrategias de afrontamiento deficientes
- Sin antecedentes de:
  - Episodio anterior de TDM
  - Tendencias suicidas
  - (Hipo)manía
  - TDAH
  - Dolor
  - Medicación crónica distinta de los anticonceptivos
- 1-3 copas de vino 2-3 veces a la semana, pero no es problemático
- Función tiroidea normal
- El esposo es muy frío y no le demuestra apoyo
- Pocos amigos fuera del negocio

La impresión diagnóstica que tuve del caso fue de TDM, aunque consideré otras posibilidades. El insomnio y las dificultades cognitivas son preocupantes, ya que no está haciendo frente bien a la situación. Esas fueron mis inquietudes iniciales con respecto a ella. Estudié mejor sus antecedentes y comprobé que no tenía antecedentes de trastornos psiquiátricos. Nunca antes había tenido una depresión. Por otro lado, no tiene tendencias suicidas ni antecedentes de conductas obsesivas o trastornos por déficit de la atención o hiperactividad.

Se trata de una mujer bastante joven. No tiene sobrepeso. No refiere dolor. Toma únicamente anticonceptivos y está preocupada porque, de vez en cuando, se le olvida tomarlos; una actitud poco frecuente en ella. No tiene problemas de consumo de alcohol, pues solo bebe 2 o 3 veces a la semana. De hecho, ha dicho que ha dejado de beber porque le preocupa que eso pueda afectar a su capacidad funcional. En especial, le preocupa que esto suceda por la noche, cuando está tratando de cerrar el restaurante.

Si echamos un vistazo a sus antecedentes, veremos que se ha sometido a la prueba de la función tiroidea en el pasado. Dicha prueba fue normal. La Sra. Bremen no tiene mucho apoyo en la vida. Dice que su esposo es frío y que no la respalda mucho; dice que esto ha empeorado en los últimos meses. Realmente no tiene amigos. Sin duda, está pasándolo mal.

Abordaje inicial

- Hablar sobre la depresión:
  - Es biológico, no una debilidad conductual ni moral
  - Puede ser el origen de todos sus síntomas
  - A menudo deteriora la función cognitiva
- Determinar su preferencia terapéutica: medicación
- Fijar objetivos terapéuticos compartidos:
  - Capacidad para dormir
  - Capacidad para concentrarse y "ocuparse del negocio"
  - Capacidad para relacionarse con sus clientes y su esposo de una manera más amistosa

Cuando comencé a explorar los distintos abordajes, le hablé de la naturaleza de la depresión y su fundamento biológico. También le expliqué que puede causar las inquietudes cognitivas que está experimentando. Hablamos del tratamiento y me pidió medicación, ya que no cree que tenga tiempo para nada más. Traté de fijar algunos objetivos terapéuticos con ella: el sueño es una preocupación significativa; la capacidad de concentración y de ocuparse de su negocio es otro objetivo importante para ella; también quiere interactuar mejor con sus clientes y con su esposo.

Abordaje inicial (cont.)

- Administrar antidepresivos y un tratamiento a corto plazo para el insomnio
- Hablar de la psicoterapia y sentar las bases para futuras remisiones
- Evaluar el cumplimiento
- Respaldar el esfuerzo continuo por afrontar las cosas: ayudarla brevemente a establecer prioridades en sus tareas
- Planificar un seguimiento a corto plazo, incluso por teléfono

El plan era iniciar un tratamiento antidepresivo y recetar una medicación a corto plazo para el problema de insomnio. También hablamos de que tal vez fuera necesario agregar psicoterapia en el futuro. Debatimos los siguientes pasos. Me di cuenta de que hay un contable experto en materia fiscal a quien puede llamar para que le ayude con la contabilidad. Se trata de una breve intervención con respecto a las estrategias de afrontamiento. Programamos darle seguimiento desde el consultorio durante varios días para asegurarnos de que hubiera adquirido los medicamentos y hubiera comenzado a tomarlos. Estos fueron la presentación y abordaje iniciales.

Dr. McIntyre: Este caso y su presentación clínica abordan distintos aspectos que resuenan desde el punto de vista clínico, por lo que le agradezco el comentario. Creo el Dr. Bernhard quiere hacer uso de la palabra. Se trata de una persona que evidentemente está muy afectada por la depresión. Como psiquiatra, ¿cómo habría abordado este caso desde la perspectiva cognitiva?

El deterioro cognitivo suele desarrollarse durante o antes del episodio inicial del TDM

- Deficiencias cognitivas durante el episodio inicial:
  - Velocidad psicomotora
  - Atención
  - Aprendizaje visual y memoria
  - Todos los aspectos de la función ejecutiva

¿Cuál es el papel de la función cognitiva en la disminución funcional del paciente?

Lee, R.C. *et ál. J Affect Disorders.* 2012;140:113-124.

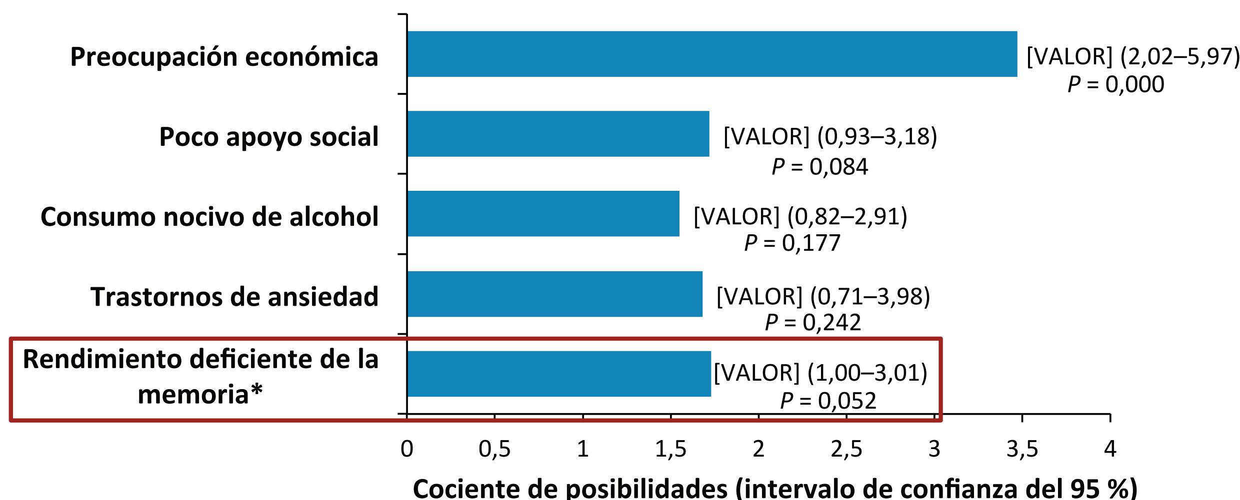
Dr. Baune: Creo que es un caso muy interesante. La función cognitiva está, sin duda alguna, en primer plano. Tendríamos que explorar un poco más cómo se presentaron los síntomas de los problemas cognitivos, es decir, ¿precedieron a los síntomas depresivos o se presentaron estos primero? Está claro que se ha producido un empeoramiento funcional. Además, la función cognitiva podría desempeñar un papel significativo en su incapacidad para llevar el negocio.

Dr. Culpepper: Yo no hice eso. Parece ser que los problemas maritales y con los clientes se produjeron antes, dado que la paciente ya los refería hace aproximadamente 4-6 meses. Buena observación.

Dr. McIntyre: Este caso, Judy, nos recuerda a la asociación temporal entre la función cognitiva y la depresión. ¿Qué sabemos de las dificultades cognitivas que preceden a la declaración de depresión? ¿Y si coinciden? ¿Son una consecuencia de la depresión?

El rendimiento deficiente esporádico de la memoria como factor pronóstico de la depresión

- Regresión logística jerárquica que examina los factores pronósticos de la depresión en el seguimiento a 3 años



*Rendimiento de la memoria definido como la suma de los recuerdos libres e inducidos.

Airaksinen, E. *et ál. Acta Psychiatr Scand.* 2007;115:458-465.

Dr. Jaeger: Son, en parte, una característica de la depresión. La depresión puede evolucionar en una variedad de formas: los cambios en el estado de ánimo o las deficiencias cognitivas se presentan primero; incluso la falta de motivación y la voluntad se pueden presentar primero. La secuencia varía muchísimo en cuanto a cómo comienza. Obviamente, lo mejor que se puede hacer en el marco de la atención primaria es afianzar los cambios en la función con respecto a las quejas cognitivas para determinar si la función cognitiva está realmente afectada.

Dr. McIntyre: Me ha parecido convincente y coincidente con mi experiencia clínica y con los datos emergentes relativos a las deficiencias cognitivas identificables y mensurables anteriores a la depresión. Esto plantea una serie de preguntas fundamentales en cuanto a los mecanismos, pero también nos lleva de vuelta a cómo pensamos con respecto al manejo de la situación, que comienza con el diagnóstico. ¿Se explica este deterioro cognitivo con la depresión o contribuyen otros factores? Ha mencionado el sueño, ¿qué se puede decir al respecto? ¿Hay otros factores?

Otros factores que podrían contribuir al deterioro cognitivo del paciente

- La Sra. Bremen tiene problemas de atención, memoria, toma de decisiones y establecimiento de prioridades. Además, se siente lenta.
  - ¿Falta de sueño?
  - ¿Síntomas clásicos de depresión?
  - ¿Estrés laboral?

Dr. Culpepper: El sueño puede, en efecto, afectar a la capacidad para afrontar las cosas y puede afectar a algunas dimensiones de la función cognitiva, pero mi impresión es que el deterioro de la paciente va más allá de lo que suelo ver en casos de insomnio.

Dr. McIntyre: Yo tengo la misma impresión. Creo que lo que suena realmente familiar de este caso es que hay algo que vincula su capacidad cognitiva con su capacidad laboral diaria y su capacidad para administrar el negocio.

Dr. Culpepper: Las quejas cognitivas son bastante clásicas en los casos de TDM. La paciente indica que tiene problemas de atención, memoria, toma de decisiones y prioridades. Además, indica que gran parte del tiempo se siente lenta. En mi opinión, es el cuadro clásico de síntomas que veríamos a menudo con la depresión.

Dr. Baune: Otro factor podría ser el estrés laboral. Por ejemplo, Quizá había otras exigencias que aún no se habían explorado y que habrían podido agregar estrés a su vida.

Estrés, función cognitiva y depresión

- Los modelos de depresión crónica por estrés inducen una conducta de tipo depresivo y reducen la neurogénesis
- La depresión por estrés implica cambios estructurales y funcionales en el cerebro
- Vínculo causal sugerido entre la inflamación y la conducta de tipo depresivo

Eyre, H. *et ál. Psychoneuroendocrinology.* 2012;37:1397-1416.

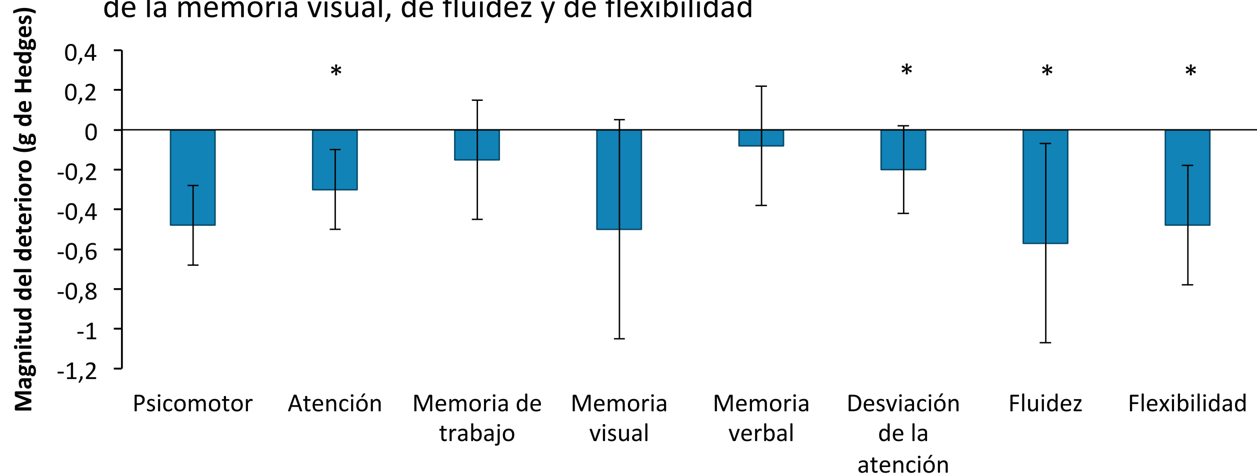
Sabemos que el estrés – por ejemplo, el estrés psicológico y el estrés físico que lo acompaña – puede afectar a la función cognitiva y a la función general y provocar una disminución en todas las áreas que usted mencionó en su caso. Creo que el estrés biológico y la interacción biológica-psicológica-biológica sobre el estrés podría ser un área importante por estudiar. Ha mencionado que afrontamiento y la aplicación de estrategias cognitivas son aspectos importantes para el tratamiento, que probablemente vamos a ver con más detalle.

Dr. Culpepper: De hecho, la mejoría está más vinculada con la mejoría de la función cognitiva en lo que atañe a la capacidad laboral. Está más relacionada con la función cognitiva que con la intensidad de los síntomas depresivos.

Dr. McIntyre: Tomo nota de la observación. Judy, en lo que respecta a su relación con el lugar de trabajo (y claramente esta persona utiliza la función cerebral para trabajar) ¿hay alguna importancia pronóstica? ¿Tiene alguna utilidad pronóstica para el médico el deterioro cognitivo inicial en alguien que tiene depresión?

Magnitud moderada del deterioro cognitivo en el TDM

- Metanálisis de 15 muestras independientes (N = 644) de primer episodio de TDM
- Los efectos más importantes se validaron en pruebas psicomotoras, de la atención, de la memoria visual, de fluidez y de flexibilidad



*Estadísticamente significativos y no considerados por la intensidad en general (eutimia, situación de paciente interno)

- El deterioro cognitivo es de una magnitud moderada; inferior al observado en la esquizofrenia y más o menos igual al observado en el límite legal de alcohol en sangre (CAS: 0,05 %)

Lee, R.C. *et ál. J Affect Disord*. 2012;140:113-124.

Dra. Jaeger: Posiblemente, pero por supuesto puede mejorar. Lo que sí vemos es que la persistencia de la disfunción cognitiva, una vez que pasan los síntomas del bajo estado de ánimo, es indicativa de peores resultados. La disfunción cognitiva perturbará y pondrá en tela de juicio aún más su capacidad para poner en marcha lo que podrían ser estrategias obvias de afrontamiento, como buscar a un contable. Estas son estrategias obvias de afrontamiento, pero exigen un nivel de capacidad cognitiva y concentración para poder llegar a ponerlos en práctica. Es una de las cosas que vemos y es la secuencia de eventos a la que hemos aludido de otras formas también.

Dr. McIntyre: Es un muy buen ejemplo. Es un punto de inicio. Bernhard, creo que a usted también le gustaría compartir un caso.

Caso del paciente 2

- Remisión por parte del médico de atención primaria de un hombre blanco de 45 años con antecedentes de depresión y de disfunción tiroidea
- Se le remitió para que se le hiciera una evaluación y se le controlara una intensidad cada vez mayor de la depresión, que no se puede controlar con antidepresivos (tratamiento actual con ISRS)
- El médico de atención primaria le trató por una disfunción tiroidea durante 12 años (función corregida)
- Antecedentes de episodios depresivos recidivantes, en parte controlados con tratamientos antidepresivos en los últimos 8 años. Estos han logrado solo períodos cortos de remisión. Se han probado distintos ISRS e IRSN.

Dr. Baune: Me gustaría presentar un caso de remisión por parte de un médico de atención primaria. Se trata de un hombre blanco de 45 años con antecedentes de depresión y de disfunción tiroidea. Se remitió al paciente para que se le practicaran una serie de pruebas de evaluación de una depresión creciente, que no se había controlado bien con antidepresivos. En la actualidad, al paciente se le está tratando con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). El período de tratamiento es bastante importante para la disfunción de la tiroides. El caso lo ha llevado un médico de atención primaria durante los últimos 12 años y la tiroides se ha corregido muy bien. El paciente tiene antecedentes de episodios depresivos recidivantes parcialmente controlados con antidepresivos durante los últimos 8 años. Ya tiene antecedentes importantes y solo ha tenido períodos cortos de remisión con ISRS y con inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).

Caso del paciente 2 (cont.)

- Numerosos cambios de trabajo en los últimos 5 años; mayor incapacidad para cumplir con las expectativas del trabajo y mayor declive funcional en el trabajo. Estos implicaron cambios de trabajo cada 8-12 meses
- Disminución de la calidad de vida en general, de la ocupación, de las actividades sociales, de los intereses, de los pasatiempos; divorcio hace 4 años
- Desarrollo de problemas significativos en el modo de vida, como falta de actividad física, mala nutrición y aumento de peso con tendencia a la obesidad durante los últimos 5 años

Un dato importante para este caso es que el paciente presentó una disminución funcional en el trabajo. En los últimos 5 años, no ha mantenido ni un solo empleo durante más de 8-12 meses. Esto demuestra una incapacidad cada vez mayor para cumplir con las expectativas del trabajo, además de una disminución funcional cada vez mayor en el trabajo. Todo ello implicó los cambios de empleo. Además, desde el punto de vista causal, los problemas laborales y los problemas funcionales probablemente hayan tenido lugar primero. También es probable que hubiera otros problemas de calidad de vida. Las actividades sociales se redujeron y sus intereses, así como sus pasatiempos, disminuyeron. Desgraciadamente, todo esto implicó un divorcio hace unos 4 años, lo que indica un empeoramiento mayor en general en este paciente en particular.

Además de estos, el paciente desarrolló problemas significativos en el modo de vida, como la falta de actividad física, una nutrición deficiente y un aumento de peso hasta el punto de la obesidad en los últimos 5 años.

Evaluación

- Antecedentes: curso de desarrollo de síntomas
  - Primer episodio depresivo a los 35 años; primer tratamiento 2 años después, con antidepresivos recetados por el médico de atención primaria
  - Disfunción tiroidea corregida desde los 33 años
  - Tratamientos por depresión con remisión incompleta; mayor número de episodios depresivos y períodos más cortos de remisión entre los episodios

En lo que atañe a la evaluación, fue muy importante desanudar la causa del desarrollo de los síntomas. Se demostró que el primer episodio depresivo tuvo lugar a los 35 años; se le trató 2 años después. No es infrecuente presentar el episodio primero y recibir el tratamiento después. El médico de atención primaria le recetó un antidepresivo y le ha ido corrigiendo la disfunción de la tiroides desde que tenía 33 años. Este punto es importante porque la disfunción de la tiroides también puede causar depresión y síntomas cognitivos.[1] El tratamiento, como ya dije, fue más bien incompleto y la remisión se logró solo por breves períodos.

Evaluación (cont.)

- Evaluaciones cognitiva, funcional y del estado de ánimo
  - Entrevista psiquiátrica
  - Instrumentos de selección cognitiva
  - Evaluación clínica del trabajo y la función social, relaciones, ocio
  - Uso de la escala de autoinforme sobre la función cognitiva
- Evaluación médica y del modo de vida
  - Repetición de los análisis de sangre para comprobar el estado metabólico y la función tiroidea
  - Actividad física
  - Situación nutricional

En cuanto a las evaluaciones, se llevó a cabo una entrevista psiquiátrica más extensa. Se usó un instrumento de detección cognitiva dado que el paciente refirió un empeoramiento funcional significativo en el entorno laboral. Tal vez podamos hablar sobre qué un instrumento de detección de tal tipo puede hacer a nivel de la atención psiquiátrica. Además, utilizamos algunas escalas de autoinforme sobre la función cognitiva para conocer las deficiencias personales percibidas por el paciente. Estas son las características más importantes del caso.

Además, me gustaría señalar que la comorbilidad médica es bastante importante en este caso. La función de la tiroides se corrigió inicialmente, pero el paciente también presentó obesidad y se volvió físicamente inactivo. Su situación nutritiva era muy deficiente hacia el final, cuando comencé a atenderlo. Todos estos factores contribuyen no solo a la depresión, sino también a la disminución funcional y al empeoramiento cognitivo.

Enfoques para el tratamiento

- Cambiar los antidepresivos si la remisión es incompleta con el antidepresivo actual tras una dosis y duración del tratamiento adecuadas
- Considerar una clase distinta de antidepresivos, con una buena tolerabilidad y sin riesgo de aumento de peso
- Abordar los síntomas y la función cognitivos considerando opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico
- Implementar un programa de modo de vida para lograr una mejor nutrición, actividad física y pérdida de peso
- Considerar la remisión a un programa de recuperación cognitiva

En lo que atañe a la estrategia terapéutica en caso de remisiones incompletas y depresión recidivante, la primera opción es cambiar el antidepresivo. Dicho antidepresivo podría presentar una tolerabilidad mejorable, así como un riesgo neutral de aumento de peso en este paciente, en particular dada su obesidad. También podría presentar otros efectos sobre la cognición y la función. Lo ideal sería que pudiéramos debatir dichos tratamientos farmacológicos, así como intervenciones no farmacológicas. Dada la complejidad de este caso, es necesario un tipo de intervención complejo, que consiste en poner en marcha un modo de vida que mejore su nutrición y su actividad física y que incluya un programa para bajar de peso. También podría considerarse poner en marcha un programa de capacitación cognitiva o un programa de recuperación cognitiva para mejorar la cognición y la función en este paciente.

Dr. McIntyre: Se trata de un caso muy complejo. Además, creo que muchos médicos se encontrarían con pacientes con otras comorbilidades, como el consumo de drogas y alcohol, que contribuyen, sin lugar a dudas, a la disfunción cognitiva. Ha subrayado algo a lo que le hemos dado poca atención. Se trata de la comorbilidad médica y los efectos adversos en el desempeño cognitivo. Sabemos, gracias a otros documentos, como los datos publicados sobre obesidad y diabetes, que padecer una de esas afecciones metabólicas se asocia muchísimo con disminuciones de la función cognitiva en general.[2,3] En la atención primaria, ¿por dónde se empieza?

Efectos del ejercicio en la depresión y la función cognitiva

Efectos del ejercicio	Conclusiones
Mejora la función cognitiva	• El ejercicio mejora la función cognitiva en pacientes con un ligero deterioro cognitivo y demencia
Fomenta la neuroplasticidad	• Aumenta el volumen hipocámpico • Favorece la neurogénesis • Aumenta los niveles de neurotrofinas • Fomenta la plasticidad sináptica • Aumenta la arborización dendrítica
Modula el sistema inmunitario	• Reduce los niveles hipocámpicos del FNT-α y la IL-β proinflamatorios con el hipocampo y fomenta la producción de IL-6 antinflamatoria

Eyre, H. *et ál. Brain Behav Immun.* 2012;26:251-266.

Dr. Culpepper: Este tipo de casos es bastante frecuente. Lo primero que se me ocurre en cuanto a este caso es que tendría que *colaborar* con un psiquiatra y no necesariamente *remitir al paciente,* ya que se trata de un paciente que se beneficiaría de una participación compartida. ¿Qué puedo hacer como médico de atención primaria? Puedo examinar de cerca su condición física. ¿Es prediabético? El paciente tiene antecedentes que indican resistencia a la insulina, pero ¿consideraría iniciar un tratamiento con metformina? Gracias al caso que nos ha presentado Bernhard, sé que me sería muy útil programar ejercicios y actividades de activación, así como trabajar con un psiquiatra para reactivar al paciente, que está luchando por su vida. Este paciente ha ido de mal en peor y continuará en esta línea hasta que consigamos revertirla.

Estoy seguro de que querría participar y de que me gustaría que el psiquiatra controlara el tratamiento. Claramente hay partes en las que puedo colaborar y hay partes en las que el conocimiento del impacto cognitivo me sería muy útil.

Enfoques colaborativos en el tratamiento

- El médico de atención primaria controla la salud en general
- Vistas las comorbilidades del paciente, se recomienda un enfoque coordinado para el tratamiento
- El médico de atención primaria controla la situación metabólica y la implementación de los cambios en el modo de vida
- El psiquiatra gestiona el tratamiento de la depresión
- Colaboración en las medicaciones: supervisión de interacciones o efectos adversos

Dr. Baune: La colaboración que ha mencionado es de suma importancia. El sistema de atención sanitaria en el que trabajo abordaría el caso de manera similar. El psiquiatra se remitiría a la pericia del médico de atención primaria para controlar la situación metabólica del caso. En este paciente, hemos observado distintos cambios metabólicos, pero también tendríamos que implementar las intervenciones en el estilo de vida a nivel de atención primaria, que serían de suma importancia para nosotros.

Dr. Culpepper: También querríamos colaborar en lo que atañe a la medicación. Por supuesto, no quiero recetar una medicación que pueda afectar a la depresión y a la cognición de este paciente. Pero tampoco quiero que se receten medicamentos que vaya a afectar al peso.

Dr. McIntyre: Judy, ¿cómo solucionamos la cuestión de la causa y el efecto en este caso en lo que atañe a lo que está provocando las dificultades cognitivas?

Importancia de medir la capacidad funcional

- Necesidad de medir el grado de deterioro y las áreas afectadas
  - Para medir la mejoría
  - Para que el paciente pueda percatarse de una mejoría
- La disfunción cognitiva puede afectar a la capacidad de un paciente para someterse a los cambios necesarios en el modo de vida

Dra. Jaeger: No estoy segura de que sea importante solucionarlo. Creo que es importante medirlo. Queremos medir la intensidad del deterioro de esta persona y las áreas deterioradas por dos razones: (1) queremos volver a medirlas y ver mejoría y (2) queremos dar a esa persona la oportunidad de mostrar mejoría. Del mismo modo que se sube a la báscula y ve una mejoría en el peso; se cuida y ve una mejoría en la cognición. Hay maneras de hacerlo. Es algo que me gustaría resaltar. El otro aspecto importante es que la disfunción cognitiva de esta persona va a desafiar su capacidad para participar plenamente en todos los cambios del estilo de vida saludable que se van a necesitar. Bajar mucho de peso es complicado y difícil. Se necesita un plan de acción. Implica comprar cosas distintas, cocinar de una manera diferente, comer y moverse de una manera diferente. Estos cambios son muy exigentes desde el punto de vista cognitivo.

Dr. McIntyre: Sabemos que la mayoría de las enfermedades del cerebro – la depresión mayor es ciertamente el ejemplo más claro – son tanto evolutivas como degenerativas. A mí me preocupan en particular los aspectos degenerativos de este caso y la posible progresión de la función cognitiva, que obviamente implica una espiral descendente, como mencionó Larry. Bernhard, ¿cuáles cree que son las conclusiones clave a las que los médicos deben llegar en este caso?

Caso 2: mensajes clave

- La disminución de la función puede estar relacionada con la depresión y la disfunción cognitiva
- Varias comorbilidades médicas pueden contribuir a esta disminución funcional y cognitiva como parte de la depresión.
- Es necesario controlar de cerca y de forma colaborativa las comorbilidades médicas.

Dr. Baune: Creo que la conclusión clave es que la disminución funcional no se relaciona solo con la depresión; se puede relacionar con la disfunción cognitiva. Varias comorbilidades médicas pueden contribuir a esta disminución funcional y cognitiva como parte de la depresión. Es necesario controlar de cerca y de forma colaborativa las comorbilidades médicas. También tenemos que tratarlas de manera activa porque la biología que hay detrás indica que existe un riesgo mayor de inflamación y de degeneración nerviosa. Además, están relacionadas con la diabetes, la obesidad y todos los demás factores de riesgo.[4] Aunque esto es a largo plazo. Es sumamente importante efectuar intervenciones eficaces en todos estos niveles.

Dr. McIntyre: Ha hecho un resumen muy útil, que nos recuerda que, en estos tipos de casos complejos y multidimensionales, suele haber polifarmacia. A menudo nos preocupamos por las causas yatrógenas o la contribución de la medicación al deterioro cognitivo, algo que muchas veces olvidamos. Gracias por presentarnos el caso y un resumen tan útil. Judy, me gustaría cambiar de tercio y comentar el caso del que nos quiere hablar.

Caso del paciente 3

- Mujer de 45 años con un cuarto episodio depresivo mayor, que implicó una breve hospitalización hace 8 semanas
- La depresión ha remitido correctamente; se ha tratado con antidepresivos y TCC una vez a la semana
- Refiere disfunción cognitiva subjetiva persistente a pesar de la remisión de los síntomas depresivos:
  - Dificultad para concentrase
  - Incapacidad para concentrarse en su trabajo como contable y en sus responsabilidades financieras personales
- Lesión cerebral traumática leve debida a un accidente hace 1 año, que implicó un breve desmayo (< 10 min). Dicha lesión se estudió a fondo y no se refirieron secuelas cognitivas en las siguientes semanas.

Dra. Jaeger: Se trata del cuarto episodio de depresión mayor de una mujer de 45 años, que implicó un breve período de hospitalización hace 2 meses. Su depresión ahora mismo está en una remisión bastante buena. Se le está tratando con un antidepresivo y recibe tratamiento conductual cognitivo (TCC) una vez a la semana. La paciente refiere disfunción cognitiva subjetiva, aunque los síntomas depresivos han remitido bastante bien. La paciente refiere consecuencias funcionales que se manifiestan en dificultades de concentración y para centrarse en su trabajo como contable. Estas llegan a afectar a sus finanzas personales. Está concentrada en el hecho de que sufrió una lesión cerebral traumática ligera cuando se cayó de su bicicleta hace un año. Se desmayó durante unos 10 minutos y los amigos con los que montaba en bicicleta la llevaron al hospital. Se le hicieron estudios completos, pero no se encontraron secuelas de dicha ligera conmoción.

Caso del paciente 3 (cont.)

- Está preocupada porque puede estar experimentando los efectos tardíos del traumatismo
- Cree que la perturbación de la concentración le dificulta demasiado la puesta en marcha eficaz de las tareas que debe hacer para el TCC
- El psiquiatra que la atiende la remite a una evaluación neuropsicológica para tratar de explicar lo que parecen ser deficiencias cognitivos emergentes.

La paciente no sufrió consecuencias funcionales en el año intermedio. Por consiguiente, está preocupada porque el trastorno que padece ahora pueda ser mayor que el que tenía en el pasado, cuando estaba relacionado con episodios depresivos anteriores. Ahora afecta a su capacidad incluso para participar activamente en las sesiones de TCC. Además, cree que le sucede algo más.
El psiquiatra la remite a una evaluación neuropsicológica para tratar de explicar lo que parecen ser deficiencias cognitivas emergentes.

Evaluación neuropsicológica

- Diagnóstico diferencial
  - Abuso de drogas
  - Trastorno del sueño
  - Otros trastornos neurológicos, p. ej., demencia (improbable)
  - Otra afección médica emergente
- Otras aclaraciones
  - Es importante tratar de documentarse a partir de la entrevista con la paciente y con otros informantes y sobre el nivel de recuperación funcional anterior entre episodios
  - El propósito es garantizar que la percepción de que este episodio es "diferente" sea correcta, no un reflejo de la disforia residual

El neuropsicólogo hace una buena anamnesis para descartar el abuso de drogas, los trastornos del sueño, otras posibles afecciones neurológicas y otras explicaciones médicas emergentes. Lo importante es que es emergente. Esto se determina sobre la base de la entrevista de la paciente con otros informantes, que los neuropsicólogos valoran junto con las descripciones funcionales. La paciente se había recuperado desde el punto de vista funcional de las consecuencias del accidente de bicicleta. Esto es importante para ayudar a tranquilizarnos y tal vez tranquilizar a la paciente de que lo que ahora tiene no es incongruente con un episodio depresivo mayor.

Dr. McIntyre: Un caso muy útil. No he podido evitar reaccionar a una serie de observaciones que usted ha hecho, una de las cuales es la medida. Medida subjetiva, medida objetiva: ¿le da prioridad a una sobre la otra?

Evaluaciones funcionales subjetivas y objetivas

- Deben tenerse en cuenta las evaluaciones subjetiva y objetiva de las deficiencias
- Evaluaciones subjetivas
  - Pueden verse afectadas por episodios de estado de ánimo bajo
- Evaluaciones objetivas
  - Requieren una prueba anterior en el mismo paciente para poder compararlas

Dra. Jaeger: No, no se la doy. Yo valoro las observaciones subjetivas por una serie de razones. Con las pruebas objetivas, a menos que la persona se haya sometido a pruebas en el pasado, se compara a una persona con un patrón. A menos que se trate de un caso extremo, es muy difícil estar perfectamente seguros de que se trata de una deficiencia y de una disminución del funcionamiento anterior. Además, las deficiencias en las medidas objetivas deben contextualizarse, como ocurre con las subjetivas. Ciertamente, en medio de un episodio de bajo estado de ánimo, a menudo hay una experiencia subjetiva con una deficiencia mayor a la que podría haber objetivamente.

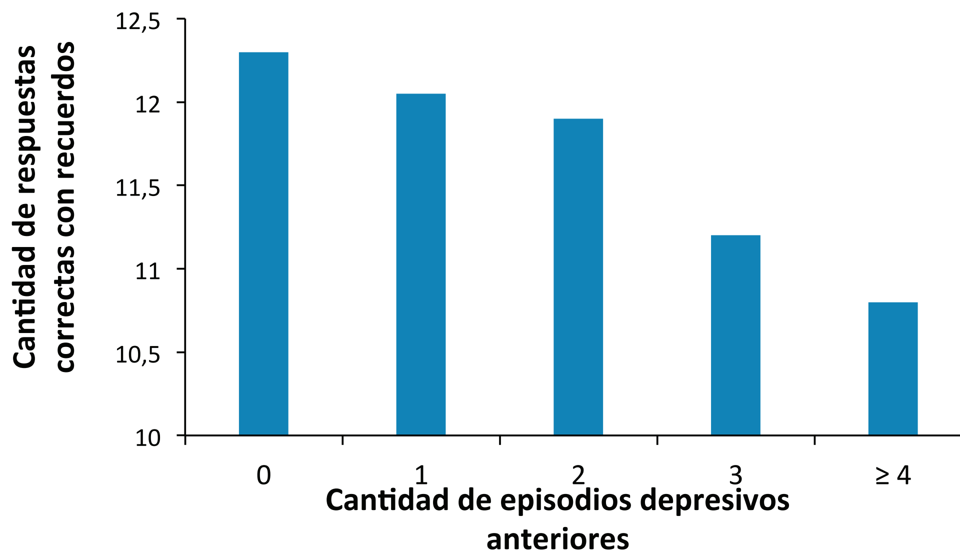
Dr. McIntyre: Lo que para mí es muy llamativo – y pediré a mis colegas su opinión – es que este sea un motivo principal de consulta para los pacientes. Con estas dificultades residuales, a pesar de que puedan no estar manifiestamente deprimidos, me ha impresionado la frecuencia con la que los pacientes pueden atribuir dicha deficiencia cognitiva a la medicación. No hay duda: las medicaciones pueden, en algunos casos, interferir con la función cognitiva.[5] No obstante, muchas veces he visto que se señala la medicación como responsable cuando, en verdad, la deficiencia puede representar la actividad de una enfermedad continua o secuelas de una enfermedad continua. ¿Qué opinan?

Dr. Culpepper: En estos casos, los pacientes vienen uno o dos meses después de suspender el tratamiento, por lo que, cuando llegan, presentan una recidiva. Sí, los pacientes vuelven claramente de este modo.

Dr. Baune: Ha hecho una observación muy importante. En las “remisiones”, cuando la depresión en general ha mejorado, aún puede haber una disfunción cognitiva posiblemente atribuible a la medicación. Incluso si se atribuye a una medicación, sería preferible considerar otra intervención (farmacológica y no farmacológica) para reemplazar esa intervención, que o bien causó disfunción cognitiva como efecto secundario o simplemente no trata la disfunción cognitiva en remisión. De todas formas, creo que es importante cambiar la estrategia terapéutica y añadir otra estrategia terapéutica en este caso en particular. Yo preferiría considerar una intervención farmacológica capaz de no introducir sesgo ni efectos secundarios en la cognición, en vez de tratarla y también añadiría otras intervenciones no farmacológicas.

Dr. McIntyre: Cuando tengo a un paciente que parece estar en remisión, pero que no ha estado funcionando al nivel que desea funcionar (es decir, todavía hay indicios de deterioro), muchas veces he interpretado esto, desde el punto de vista clínico, como una fuerte alarma que me indica que debo sondear problemas cognitivos continuos. Judy, ¿reaccionaría usted así?

Disminución de la memoria durante la remisión como función de la depresión



Gorwood, P. *et ál. Am J Psychiatry.* 2008;165:731-739.

Dra. Jaeger: Totalmente, creo que procede. En especial en el TDM recidivante, hay pruebas de que en episodios recidivantes, se ve una mayor disminución en la disfunción cognitiva de un episodio a otro o una mayor disminución en la cognición. También es importante comprender que, para las personas con depresión o incluso con síntomas del estado de ánimo en remisión, hasta un reto bastante modesto con respecto al nivel normal de cognición puede ser importante desde el punto de vista funcional. No quiero que nadie me prive ni de la mitad de una desviación estándar. Eso me afectaría mucho en el día a día.

Deterioro cognitivo en el TDM y deterioro funcional

- Los problemas de concentración y atención, así como la vergüenza estuvieron presentes en aproximadamente la mitad de los casos de TDM y deterioro[a]
- El rendimiento laboral se explicó más por la disfunción cognitiva que por la intensidad del síntoma de depresión, aunque este último fue importante para las medidas globales de discapacidad[b]

a. Buist-Bouwman, M.A. *et ál. Acta Psychiatr Scand.* 2008;118:451-458.
b. Lam, E.W. *et ál. Can J Psychiatry.* 2014;59:649-654.

Dr. Culpepper: En mi opinión, muchos de estos pacientes vienen con preocupaciones y quejas de su rendimiento laboral. Cuando los exploro, veo que tienen los mismos problemas en el terreno familiar y social, etc., pero estos los ven como parte de su vida, mientras que en el trabajo suponen, tanto para ellos como para sus jefes, un cambio evidente. Para mí, se trata de un indicativo de problema cognitivo.

Dr. McIntyre: Muchas veces, cuando trabajo con empresarios, tanto del sector público como del sector privado (pequeños, medianos y grandes), veo que se sorprenden de que los empleados no pueden regresar al trabajo, a pesar de que sus síntomas depresivos hayan mejorado. Creo que debemos sondear los problemas cognitivos y comunicar su relevancia tanto a las personas como a sus empleadores.

Dr. Baune: Me gustaría añadir algo sobre el tratamiento. Yo diría que el TCC, que es un tratamiento muy común en los pacientes con depresión, requiere una buena función cognitiva y la capacidad de funcionar debidamente para comprender y procesar la información y de tener buenas respuestas cognitivas. De este modo, se obtienen buenos resultados frente a la depresión. Sin duda, se trata de otra observación de utilidad para lograr un TCC eficaz.

Dr. Culpepper: Un aspecto destacable con respecto al primer caso es que mi paciente todavía trabajaba, por lo que yo hice todo lo posible por que *siguiera* trabajando.

Dra. Jaeger: No debe perder el empleo.

Dr. Culpepper: Me gusta asegurarme de que los pacientes que ya no están trabajando vayan a poder funcionar correctamente cuando decidan regresar al trabajo. Se trata de un enfoque ligeramente distinto a la hora de asegurarse de que los pacientes se han recuperado lo suficiente desde el punto de vista cognitivo como para hacer su trabajo cuando regresen.

Dr. McIntyre: Puesto que trabajamos en diferentes entornos y sistemas de atención sanitaria, ¿pueden hablarnos acerca de sus respectivos sistemas y de cómo se puede abordar esto de una manera realista?

Dr. Culpepper: Creo que estos casos demuestran que, tanto si somos médicos de atención primaria como psiquiatras o neuropsicólogos, todos tenemos una función. Es cierto que no tengo tiempo y muchas veces tampoco tengo la experiencia necesaria como para ahondar en los casos más difíciles. Por todo ello, debemos colaborar.

Dr. Baune: Me gustaría indicar que estoy de acuerdo con lo que se acaba de decir, pero compartimos un conocimiento común y modelos comunes para abordar la depresión en este caso en particular. Cuando trabajamos juntos, eso es lo más importante. También tenemos que formarnos los unos a los otros. Y creo que esto es lo más importante.

Dra. Jaeger: Así es. Los neuropsicólogos somos un servicio especializado de consultoría. Ustedes nos envían los casos difíciles, los casos que les desconciertan en cuanto al diagnóstico. Espero que, cada vez más, se trate de casos en los que se valore la medida y la supervisión, así como los comentarios constructivos sobre cómo la disfunción del paciente va a afectar a la educación del propio paciente. Parece ser que una gran parte de los casos que presentamos desde la perspectiva del médico de atención primaria van a ser de tipo educativo. Esto es totalmente aplicable al caso que ha presentado Bernhard.

Dr. Culpepper: La cuestión cognitiva es muy frecuente y es algo a lo que debemos prestar atención.

Dra. Jaeger: Los neuropsicólogos tienen que ayudarle a ello y proporcionarles una evaluación de calidad y una medida de cambio con el tiempo.

Dr. McIntyre: Los comentarios son excelentes. Me gustaría indicar que, si hablamos con los pacientes, sabremos que lo que esperan de sus tratamientos contra la depresión es tener una mejor calidad de vida, mejorar la función y sentir que son ellos otra vez. Puesto que no los hemos educado de tal modo, los pacientes a menudo se sienten desmoralizados, porque no entienden bien por qué no pueden volver a funcionar. Se trata de una parte esencial para devolver a las personas a su ritmo de vida normal.

Con qué debe quedarse

- La función cognitiva es una dimensión transdiagnóstica y una perturbación común en adultos con TDM cuando están enfermos y durante los llamados períodos de remisión
- Los problemas cognitivos están sumamente relacionados con el deterioro de la función en diferentes esferas y con las respuestas referidas por el paciente (p. ej., la calidad de vida)
- La función cognitiva exige una medida secuencial en el tiempo
- Las comorbilidades, que pueden empeorar el deterioro cognitivo en general, deben considerarse y modificarse cuando sea posible para llevar a los pacientes en la mejor posición posible y lograr una remisión multidimensional

Quiero darles las gracias a todos por participar y comentarnos estos casos. Hemos sacado varios mensajes de estas presentaciones y de este debate. En primer lugar, hemos recordado que la cognición no es solo una dimensión transdiagnóstica, sino también una perturbación muy común en los adultos que tienen depresión, no solo cuando están enfermos, sino también en los llamados períodos de remisión. Lo que hemos intentado enfatizar es una observación que los médicos, pacientes y familias ya hemos comprendido: los problemas cognitivos están estrechamente relacionados con el deterioro de la función - todos en diferentes esferas - y con las respuestas que proporcionan los pacientes, relativas a la calidad de vida y al regreso a donde quieren estar. En conjunto, esto define lo que, en mi opinión, es un objetivo terapéutico primario. Estoy de acuerdo con Judy en que, en realidad, comienza con la medida y la medida secuencial con el tiempo. Creo que también tenemos que abordar las comorbilidades que puedan aumentar el deterioro cognitivo en general, modificar lo que podamos modificar y poner a nuestros pacientes en la mejor posición, no solo para lograr la remisión, sino la remisión multidimensional, incluida la mejoría de la cognición.

Todo esto comienza con la prevención. Si los pacientes desarrollan un problema, debemos propiciar abordajes farmacológicos y no farmacológicos para dar a nuestros pacientes la mejor oportunidad de obtener resultados de salud óptimos.

Abreviaturas

CAS	=	concentración de alcohol en sangre
FNT	=	factor de necrosis tumoral
IL	=	interleucina
IRSN	=	inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina
ISRS	=	inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
MAP	=	médico de atención primaria
PHQ-9	=	cuestionario de 9 puntos sobre la salud del paciente
TCC	=	tratamiento conductual cognitivo
TDAH	=	trastorno por déficit de atención e hiperactividad
TDM	=	trastorno depresivo mayor

Bibliografía

1. Samuels MH. Thyroid disease and cognition. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2014;43:529-543.

2. Prickett C, Brennan L, Stolwyk R. Examining the relationship between obesity and cognitive function: a systematic literature review. *Obes Res Clin Pract*. 2015;9:93-113.

3. Umegaki H. Type 2 diabetes as a risk factor for cognitive impairment: current insights. *Clin Interv Aging*. 2014;9:1011-1019.

4. Eyre H, Baune BT. Neuroplastic changes in depression: a role for the immune system. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37:1397-1416.

5. Popovic D, Vieta E, Fornaro M, Perugi G. Cognitive tolerability following successful long term treatment of major depression and anxiety disorders with SSRi antidepressants. *J Affect Disord*. 2015;173:211-215.

Cláusula de exención de responsabilidad

Este documento es solo para fines educativos. No se otorgará ningún crédito de Formación Médica Continuada (CME) por leer los contenidos de este documento. Para participar en esta actividad, visite http///www.medscape.org/collection/mdd08

Si tiene alguna duda relacionada con el contenido de esta actividad, póngase en contacto con el proveedor de esta actividad educativa en CME@webmd.net.

Para obtener asistencia técnica, póngase en contacto con CME@medscape.net

La actividad educativa presentada más arriba puede incluir situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que se describen en esas situaciones son ficticios y no se pretende establecer ni se debe inferir ninguna relación con pacientes reales.

El material aquí presentado no refleja necesariamente las opiniones de WebMD Global, LLC, o de las empresas que patrocinan los programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden incluir productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos para su uso en Europa y para usos no recogidos en la ficha técnica de productos aprobados. Antes de utilizar cualquiera de los productos terapéuticos expuestos, se debe consultar a un profesional sanitario cualificado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de tratar a pacientes o aplicar cualquiera de las terapias que se describen en esta actividad educativa.